ตั้งครรภ์ มีโรคประจำตัว หรือแพ้ยา โปรดแจ้งเภสัชกร

Rx ประภากรเภสัช

420/191 หมู่บ้านทิพวัล ต.เทพารักษ์
อ.เมือง จ.สมุทรปราการ ✆ 086-3226299

ชื่อคนไข้............................ **วันที่**..............
Patient's name / Date

ชื่อยา Metrolex 400 mg
Medicine's name

ข้อบ่งใช้ แก้อักเสบ [illegible]
Indication

ครั้งละ 1 **เม็ด** **วันละ** 3 **ครั้ง** **ทุก**....... **ชั่วโมง**
Take / Tablet / Daily / Times / Every / Hours

ก่อนอาหาร (Before meals) | **หลังอาหาร** (After meals) ☑

- ☑ เช้า (Breakfast)
- ☑ กลางวัน (Lunch)
- ☑ เย็น (Dinner)
- ○ ก่อนนอน (At bedtime)

- ○ ก่อนอาหาร ครึ่ง-1 ชั่วโมง (Half-1 hr. before meals)
- ☑ ทานติดต่อกันจนหมด (Take until finish)
- ☑ ทานยาหลังอาหารทันที (Immediately after meals)
- ○ อื่นๆ.................. (Others)

เภสัชกรผู้จ่ายยา..............................
Pharmacist